



Kennzahlenauswertung 2024

Jahresbericht der zertifizierten Nierenkrebszentren

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Niere 2023	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	11
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle	11
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	12
Kennzahl Nr. 1c: Zentrumspat.	13
Kennzahl Nr. 2a: Vorstellung in der Tumorkonferenz - Primärfälle	14
Kennzahl Nr. 2b: Vorstellung in der Tumorkonferenz - Rezidive und Metastasen	15
Kennzahl Nr. 3: Psychoonkologisches Distress-Screening.....	16
Kennzahl Nr. 4: Beratung Sozialdienst	17
Kennzahl Nr. 5: Anteil Studienpat.	18
Kennzahl Nr. 6: Biopsie vor ablativer Therapie (LL QI)	21
Kennzahl Nr. 7: Histologie vor systemischer Therapie (LL QI)	22
Kennzahl Nr. 8: Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation (LL QI)	23
Kennzahl Nr. 9: R0-Resektion (LL QI)	24
Kennzahl Nr. 10: Nephrektomie bei pT1 (LL QI)	25
Kennzahl Nr. 11: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat-/ Denosumab-Therapie (LL QI)	26
Kennzahl Nr. 12: Operative Expertise	27
Kennzahl Nr. 13: Postoperative Komplikationen nach Nierenteilresektion	28
Kennzahl Nr. 14: Postoperative Mortalität	29
Impressum:	30

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 5: Anteil Studienpat.
 Kennzahl Nr. 6: Biopsie vor ablativer Therapie (LL QI)
 Kennzahl Nr. 7: Histologie vor systemischer Therapie (LL QI)
 Kennzahl Nr. 8: Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation (LL QI)
 Kennzahl Nr. 9: R0-Resektion (LL QI)
 Kennzahl Nr. 10: Nephrektomie bei pT1 (LL QI)

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

In dem Inhaltsverzeichnis und in den jeweiligen Überschriften sind die Kennzahlen, die den Qualitätsindikatoren der evidenzbasierten Leitlinie entsprechen, besonders ausgewiesen. Die so gekennzeichneten Qualitätsindikatoren beruhen auf starken Empfehlungen der Leitlinien und sind durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet worden. Weiterführende Information: www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Die Qualitätsindikatoren (QI's) beziehen sich auf die Version 2.0 der S3-LL zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt werden	8*	1 - 70	814
Nenner	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	8*	1 - 71	837
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	60,00% - 100%	97,25%**

Grunddaten Kennzahl:

Die Definition des **Zählers**, **Nenners** und die **Sollvorgabe** sind aus dem Kennzahlenbogen entnommen.

Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

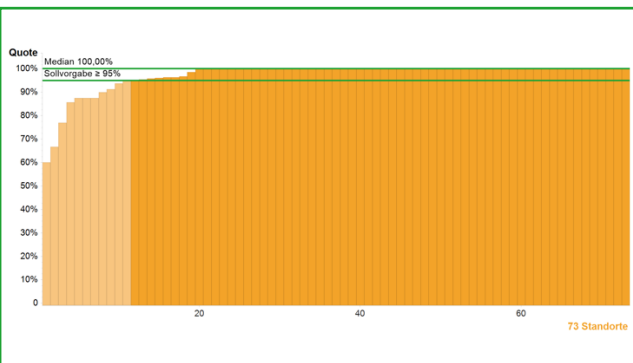
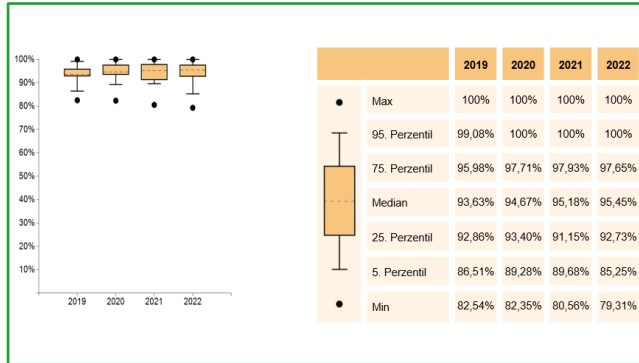


Diagramm:

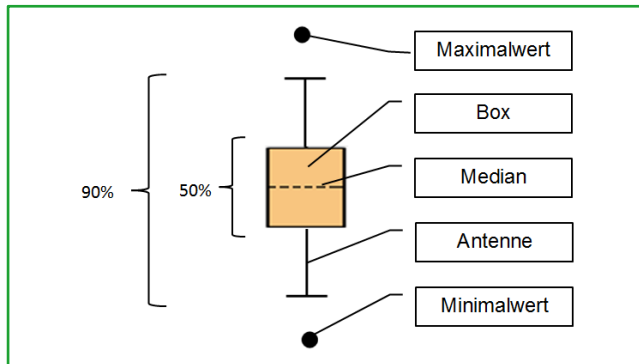
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große Hälften.

Allgemeine Informationen



Kohorte:

Die **Kohortenenwicklung** in den Jahren **2019, 2020, 2021** und **2022** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



Boxplot:

Ein Boxplot setzt sich aus einer **Box mit Median, Antennen** und **Ausreißern** zusammen. Innerhalb der Box befinden sich 50 Prozent der Zentren. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Zentren. Die Antennen und die Box umfassen 90 Prozent der Zentren. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Stand des Zertifizierungssystems für Niere 2023

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	11	12	26	19
Zertifizierte Zentren	77	69	44	22
Zertifizierte Standorte	78	70	45	22

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	73	62	28	14
entspricht	93,6%	88,6%	62,2%	63,6%
Zentrumspat. gesamt*	5.196	4.377	2.200	1.356
Zentrumspat. pro Standort (Mittelwert)*	71,2	70,6	78,6	96,8
Zentrumspat. pro Standort (Median)*	65	61,5	69	95

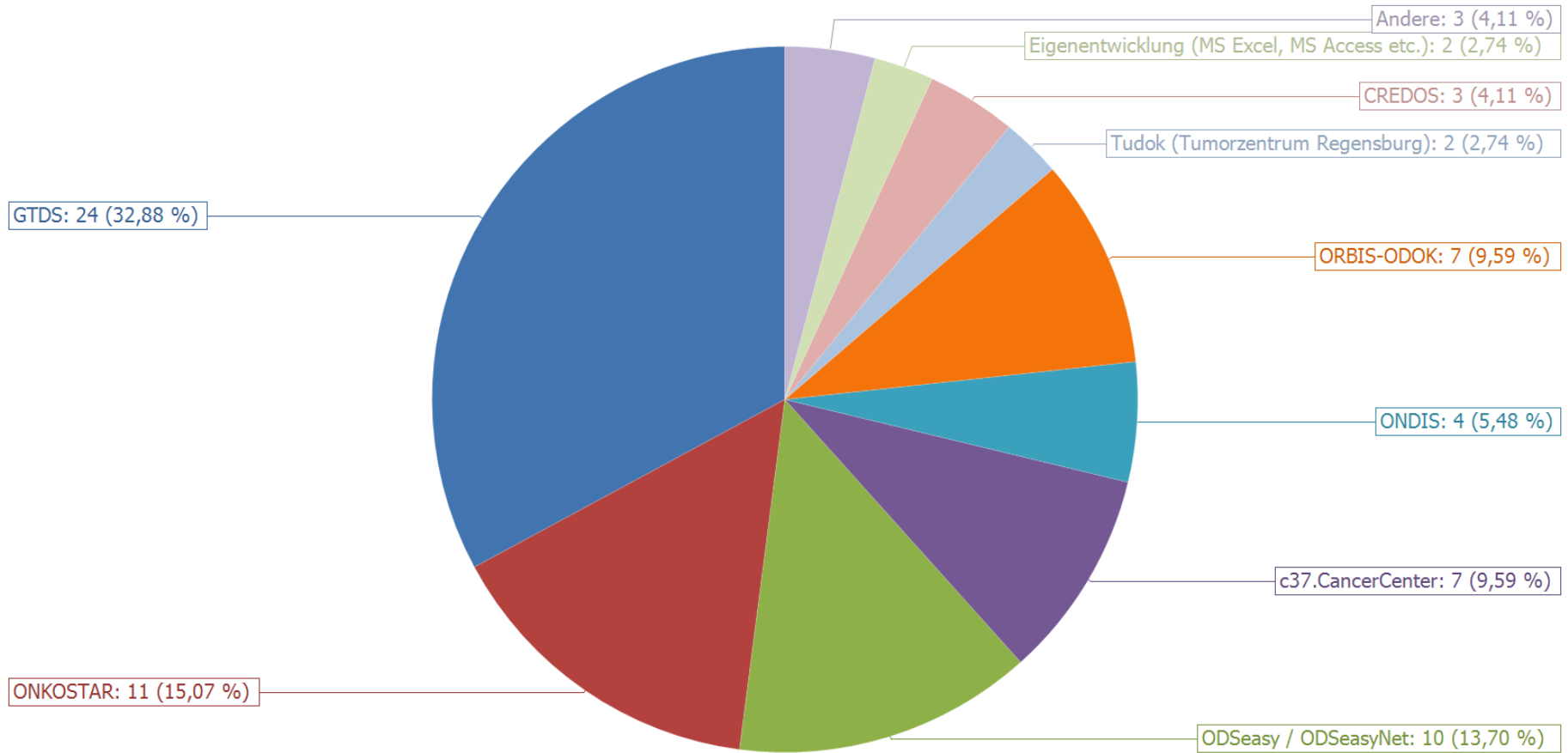
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Nierenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 73 der 78 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 5 Standorte, die im Jahr 2023 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). In 78 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 5.508 Zentrumspat. behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2022. Sie stellen für die 2023 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

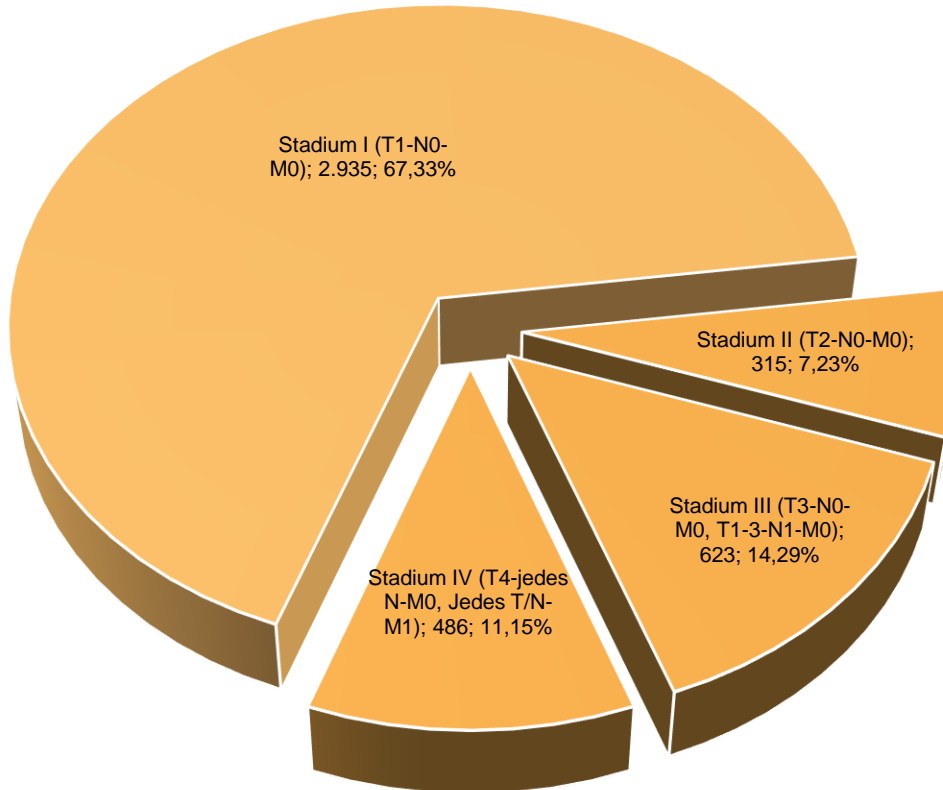


Legende:	
Andere	Systeme, die jeweils nur an einem Standort genutzt werden

Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum Krebsregister bestehen.

Basisdaten – Verteilung Primärfälle Niere

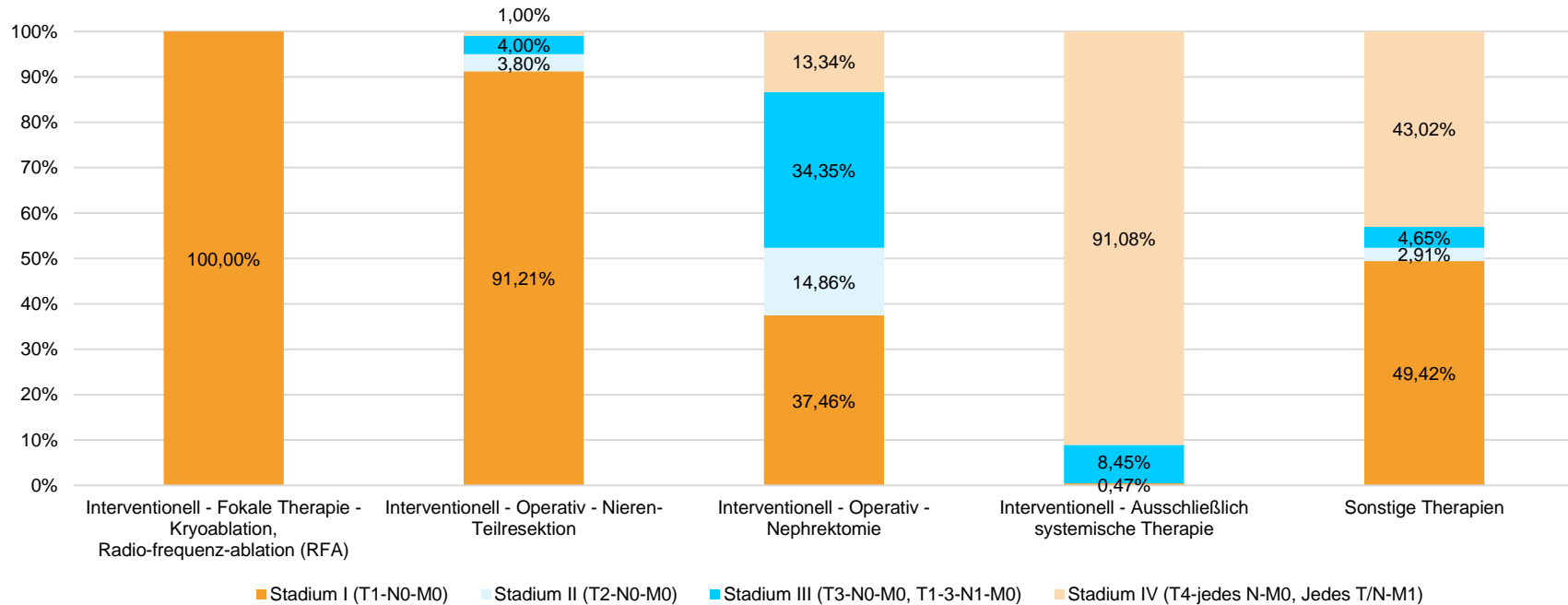
Primärfälle gesamt



	Primärfälle Gesamt
Stadium I (T1-N0-M0)	2.935 (67,33%)
Stadium II (T2-N0-M0)	315 (7,23%)
Stadium III (T3-N0-M0, T1-3-N1-M0)	623 (14,29%)
Stadium IV (T4-jedes N-M0, Jedes T/N-M1)	486 (11,15%)
Primärfälle gesamt	4.359 (100%)

Basisdaten - Interventionelle Therapien/ sonstige Therapien bei Primärfällen Niere

Interventionelle Therapien/ sonstige Therapien bei Primärfällen



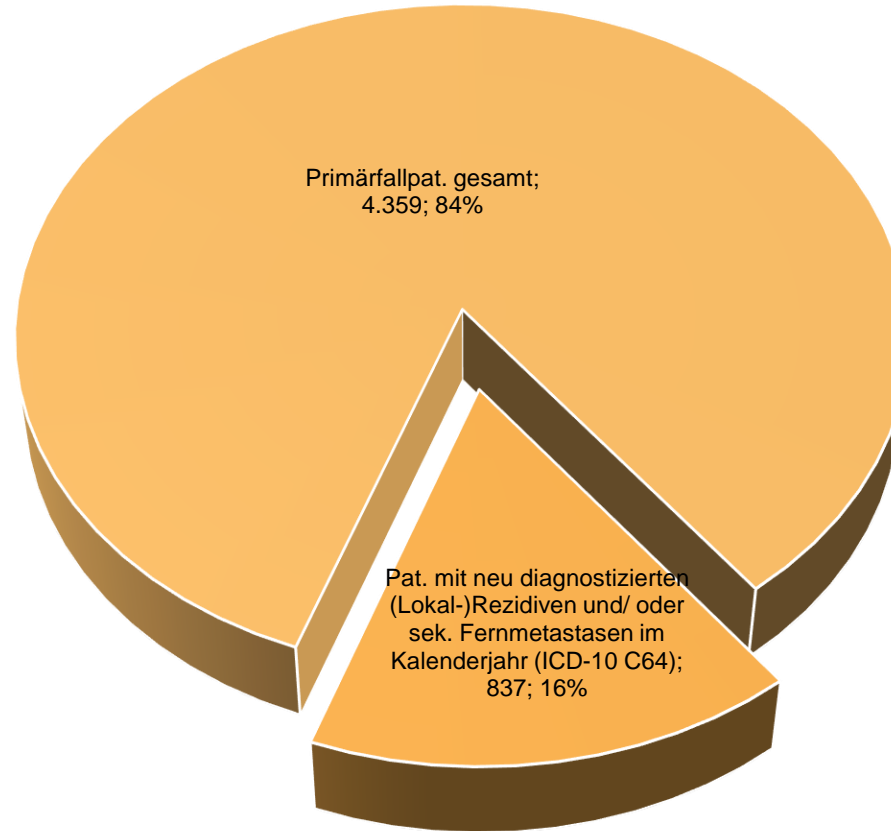
	Interventionell - Fokale Therapie - Kryoablation, Radiofrequenzablation (RFA)	Interventionell - Operativ - Nieren-Teilresektion	Interventionell - Operativ - Nephrektomie	Interventionell - Ausschließlich systemische Therapie ¹	Sonstige Therapien ²	Gesamt
Stadium I (T1-N0-M0)	25 (100,00%)	2.282 (91,21%)	542 (37,46%)	1 (0,47%)	85 (49,42%)	2.935
Stadium II (T2-N0-M0)	0 (0,00%)	95 (3,80%)	215 (14,86%)	0 (0,00%)	5 (2,91%)	315
Stadium III (T3-N0-M0, T1-3-N1-M0)	0 (0,00%)	100 (4,00%)	497 (34,35%)	18 (8,45%)	8 (4,65%)	623
Stadium IV (T4-jedes N-M0, Jedes T/N-M1)	0 (0,00%)	25 (1,00%)	193 (13,34%)	194 (91,08%)	74 (43,02%)	486
Primärfälle gesamt	25 (100,00%)	2.502 (100,00%)	1.447 (100,00%)	213 (100,00%)	172 (100,00%)	4.359

¹ z.B. Targetinhibitoren, Immuntherapie, Chemotherapie soweit indiziert, ohne adjuvante systemische Therapie.

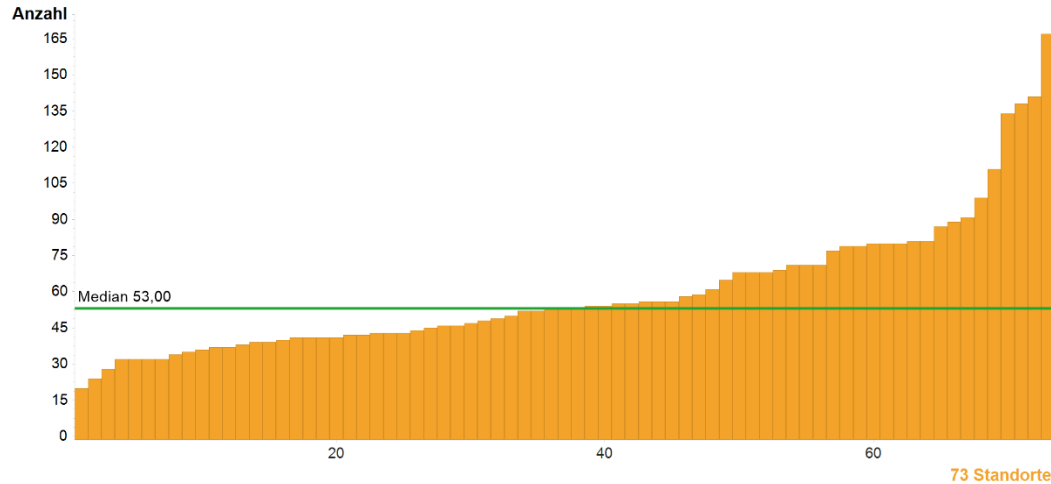
² z.B. Active Surveillance, alleinige Resektion oder Bestrahlung von Metastasen, HIFU, Mikrowelle.

Basisdaten - Verteilung Primärfälle/ Rezidive und Metastasen Niere

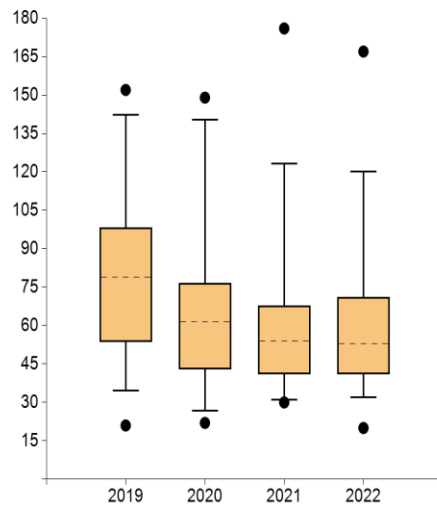
Zentrumspat. = Primärfälle + Pat. mit Rezidiv und/ oder sekundären Fernmetastasen



1a. Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	53	20 - 167	4359
	Keine Sollvorgabe			

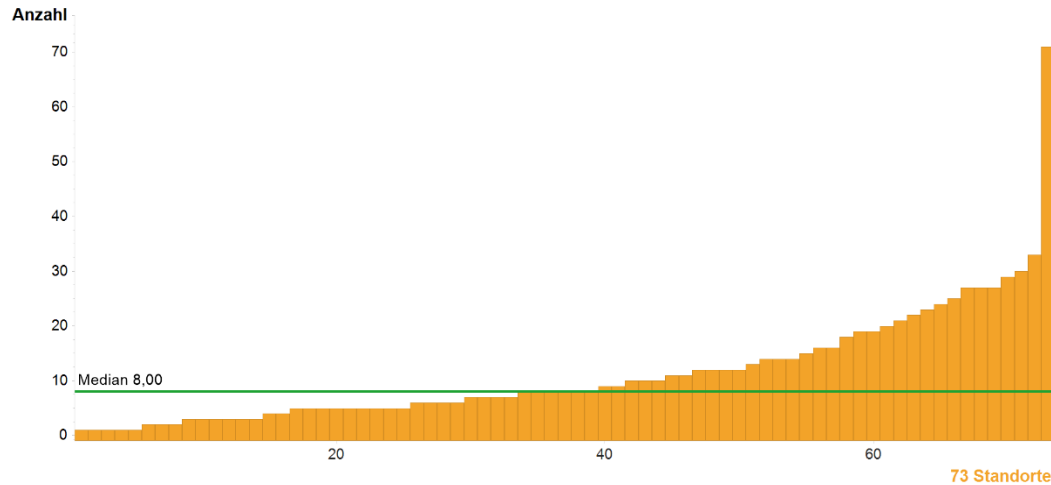


	2019	2020	2021	2022
● Max	152,00	149,00	176,00	167,00
95. Perzentil	142,25	140,30	123,25	120,20
75. Perzentil	98,25	76,50	67,75	71,00
Median	79,00	61,50	54,00	53,00
25. Perzentil	53,75	43,00	41,00	41,00
5. Perzentil	34,65	26,80	31,05	32,00
● Min	21,00	22,00	30,00	20,00

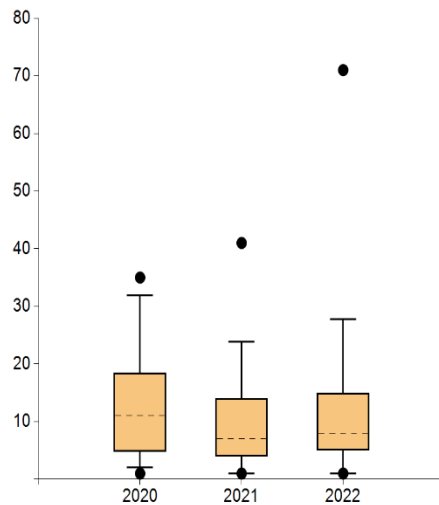
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	----	----

Anmerkungen:
 Im Vergleich mit dem Vorjahr sind in den zertifizierten Zentren 595 Primärfälle mehr (+ 15,8%) behandelt worden (+ 11 Zentren). Trotz Schwankungen der Primärfallzahl in einzelnen Zentren hat sich die Kennzahl generell auf gesamter Spannweite konsolidiert. Die Abdeckung der in allen deutschen Zentren behandelten Primärfälle beträgt bezogen auf die aktuelle Inzidenz 2020 von 14.160 Neuerkrankungen (www.krebsdaten.de) 30,7% (Vorjahr 27,0%).

1b. Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	8	1 - 71	837
	Keine Sollvorgabe			



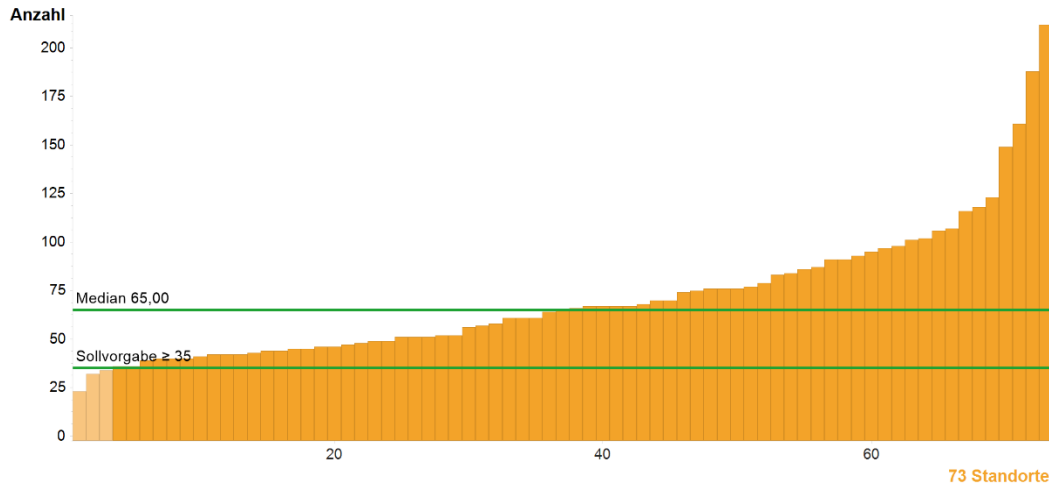
	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	35,00	41,00	71,00
95. Perzentil	-----	31,90	23,90	27,80
75. Perzentil	-----	18,50	14,00	15,00
Median	-----	11,00	7,00	8,00
25. Perzentil	-----	4,75	4,00	5,00
5. Perzentil	-----	2,00	1,00	1,00
● Min	-----	1,00	1,00	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	-----	-----

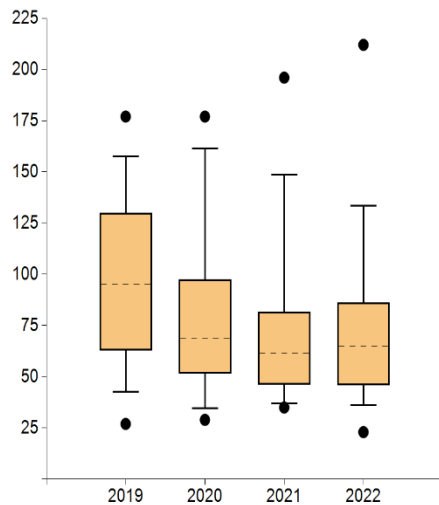
Anmerkungen:

Die Zahl der Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen ist im Vgl. zum Vorjahr um 224 Pat. angestiegen. Der Anteil dieser Pat. an allen behandelten Pat. (Zentrumspat.) liegt bei 16,1% (Vorjahr 14,0%).

1c. Zentrumspat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Zentrumspat.	65	23 - 212	5196
	Sollvorgabe ≥ 35			



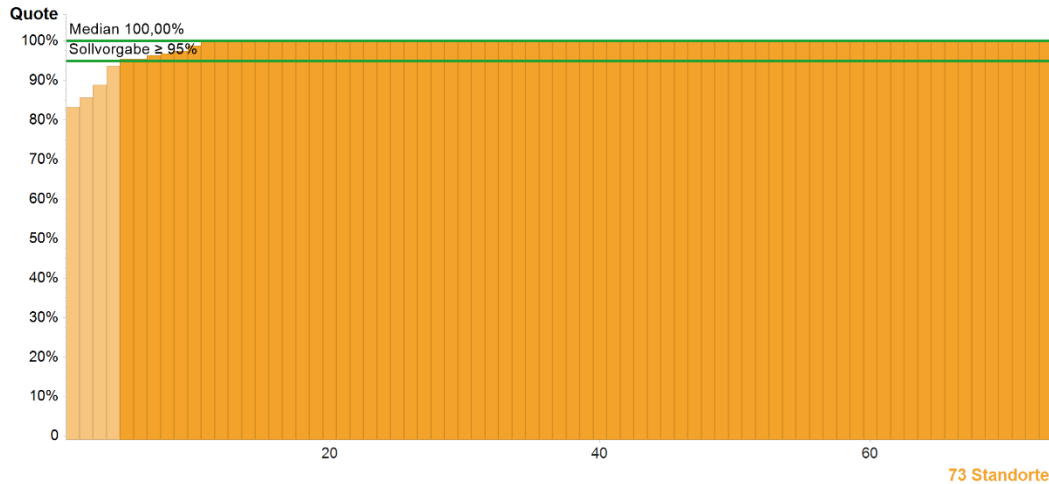
	2019	2020	2021	2022
● Max	177,00	177,00	196,00	212,00
95. Perzentil	157,50	161,55	148,60	133,40
75. Perzentil	130,00	97,50	81,75	86,00
Median	95,00	69,00	61,50	65,00
25. Perzentil	63,00	51,75	46,25	46,00
5. Perzentil	42,60	34,70	37,00	36,00
● Min	27,00	29,00	35,00	23,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	70	95,89%

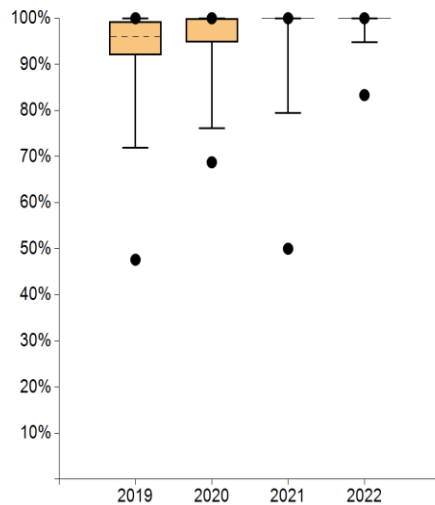
Anmerkungen:

Die Zahl der Zentrumspat. hat mit + 819 behandelten Pat. deutlich zugenommen (+ 18,7%). Dies ist insbesondere auf einen Zuwachs dieser Pat.-gruppe in größeren Zentren zurückzuführen. 3 Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 35 Pat. unterschritten. Diese haben auf noch resultierende Einschränkungen nach Corona und tendenziell wieder ansteigende Pat.-Zahlen in 2023 verwiesen. Die Unterschreitung der Sollvorgabe hatte in den Überwachungsaudits keinen Einfluss auf die Zertifikatgültigkeit.

2a. Vorstellung in der Tumorkonferenz - Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt werden	11*	3 - 85	1040
Nenner	Primärfälle mit • lokal fortgeschrittenem Tumor (≥ cT3/pT4 u/o c/pN+) und/ oder • R1-Resektion, seltener Histologie gemäß EB 1.2.5 und/ oder • Anhaltspunkten für hereditäre Genese und/ oder • Primärfälle mit M1 bei Nierentumor	11*	3 - 86	1051
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	83,33% - 100%	98,95%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	99,24%	100%	100%	100%
Median	96,00%	100%	100%	100%
25. Perzentil	92,05%	94,73%	100%	100%
5. Perzentil	71,92%	76,14%	79,47%	94,77%
● Min	47,62%	68,75%	50,00%	83,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	69	94,52%

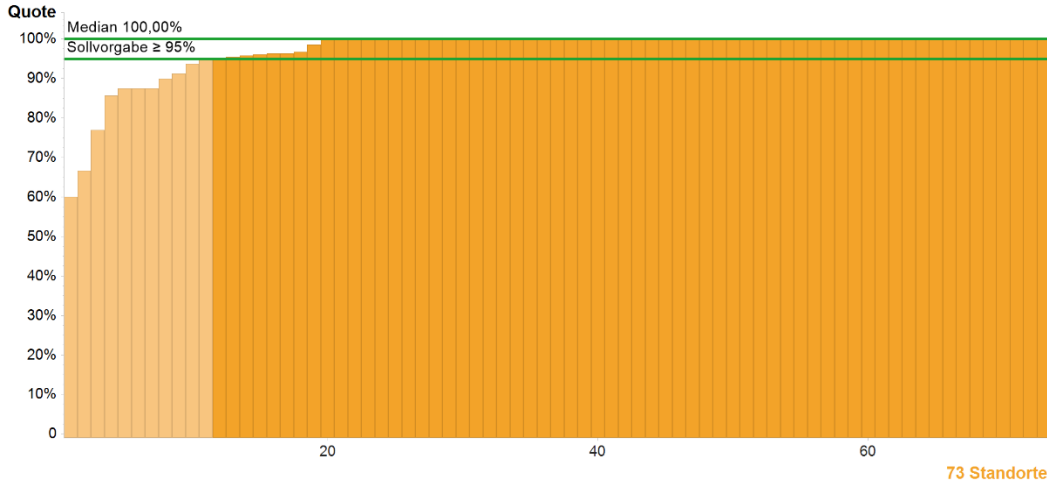
Anmerkungen:

Die positive Entwicklung der Vorstellungsrate hat sich auch im Auditjahr 2023 fortgesetzt: 99% der Indexpat. wurden 2022 in der Tumorkonferenz vorgestellt (Vorjahr 97,1%). 63 Zentren haben ausnahmslos alle Pat. des Nenners im Tumorboard besprochen. Die Zahl der Zentren mit einer Vorstellungsrate < 95% hat von 8 auf 4 Zentren abgenommen. Diese Zentren verwiesen (bei kleinem Nenner) u.a. auf postoperativ verstorbenen Pat., Notfall-Indikation u. konsiliarische Mitbetreuung. 1 Zentrum hat nach personellen Wechsels die Indikation zur TuKo-Vorstellung intern thematisiert.

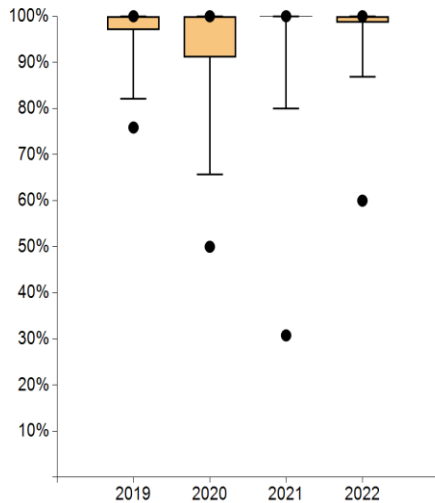
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

2b. Vorstellung in der Tumorkonferenz – Rezidive und Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt werden	8*	1 - 70	814
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	8*	1 - 71	837
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	60,00% - 100%	97,25%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	97,00%	91,07%	100%	98,59%
5. Perzentil	82,04%	65,63%	80,00%	86,78%
● Min	75,86%	50,00%	30,77%	60,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	62	84,93%

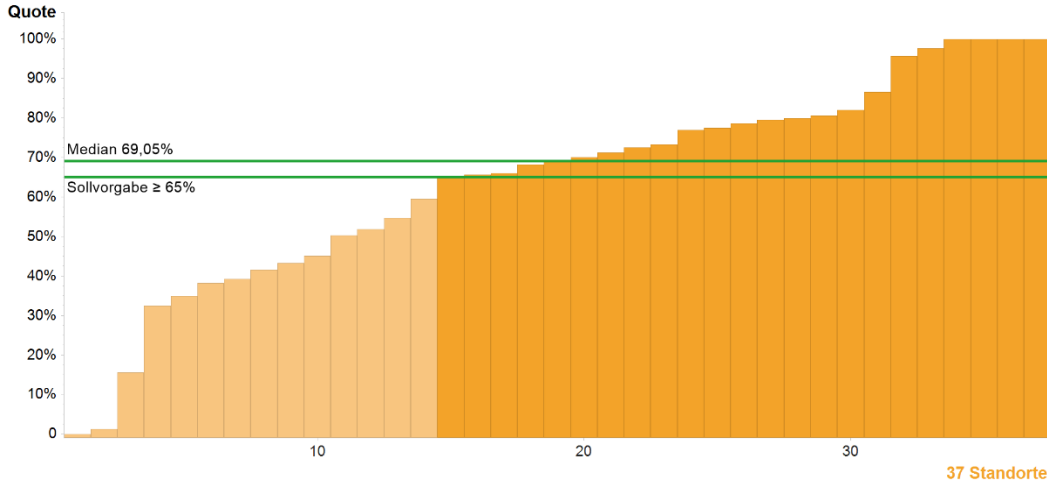
Anmerkungen:

Auch die Vorstellung von Pat. mit Rezidiv u./o. Fernmetastasen wird von den Zentren zunehmend besser umgesetzt: insgesamt 97,3% dieser Pat. wurden im Tumorboard vorgestellt. (Vorjahr 94,6%). 11 Zentren haben die Sollvorgabe unterschritten. Gründe hierfür waren fehlende therapeutische Konsequenz bei BSC, Therapieablehnung und Pat.-Versterben, aber auch vorliegende Empfehlung aus einem anderen Zentrum. 1 Zentrum hat die Indikation zur Vorstellung in der TuKo intern aufgearbeitet (s. auch KeZa 2a).

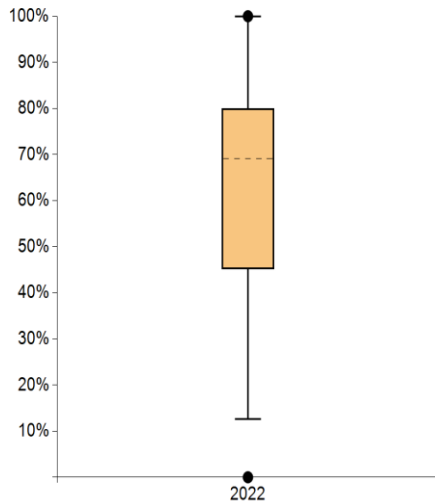
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

3. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	42*	0 - 110	1590
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	58*	32 - 212	2559
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	69,05%	0,00% - 100%	62,13%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	80,00%
Median	----	----	----	69,05%
25. Perzentil	----	----	----	45,10%
5. Perzentil	----	----	----	12,68%
● Min	----	----	----	0,00%

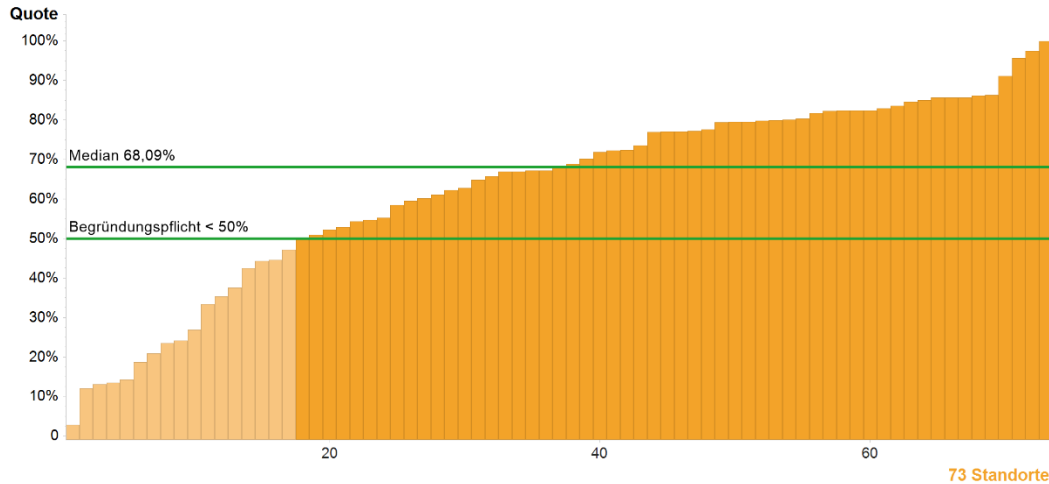
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
37	50,68%	23	62,16%

Anmerkungen:

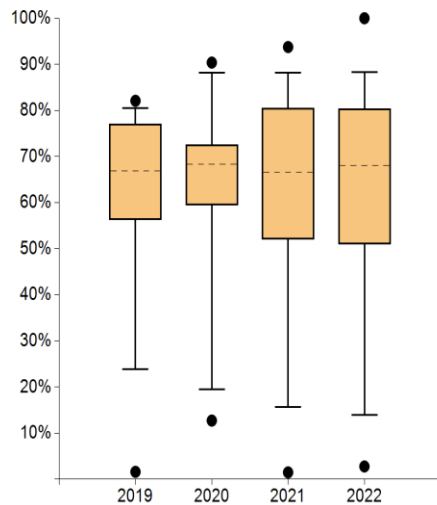
Die Kennzahl ist systemübergreifend modifiziert worden: Nachdem in den Vorjahren der Anteil der Pat., der psychoonkologisch betreut wurde, erfasst worden ist, fließen in den Zähler jetzt alle Pat., die psychoonkologisch gescreent worden sind, ein. Die Zentren haben im ersten Jahr der Umstellung noch Herausforderungen mit der Dokumentation und der Umsetzung der Kennzahl.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

4. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	41*	1 - 162	3368
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	65*	23 - 212	5196
Quote	Begründungspflicht*** <50%	68,09%	2,78% - 100%	64,82%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	82,09%	90,38%	93,75%	100%
95. Perzentil	80,51%	88,23%	88,14%	88,26%
75. Perzentil	77,03%	72,59%	80,47%	80,39%
Median	66,84%	68,35%	66,66%	68,09%
25. Perzentil	56,34%	59,48%	52,09%	50,98%
5. Perzentil	23,87%	19,53%	15,67%	13,96%
● Min	1,61%	12,73%	1,49%	2,78%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	56	76,71%

Anmerkungen:

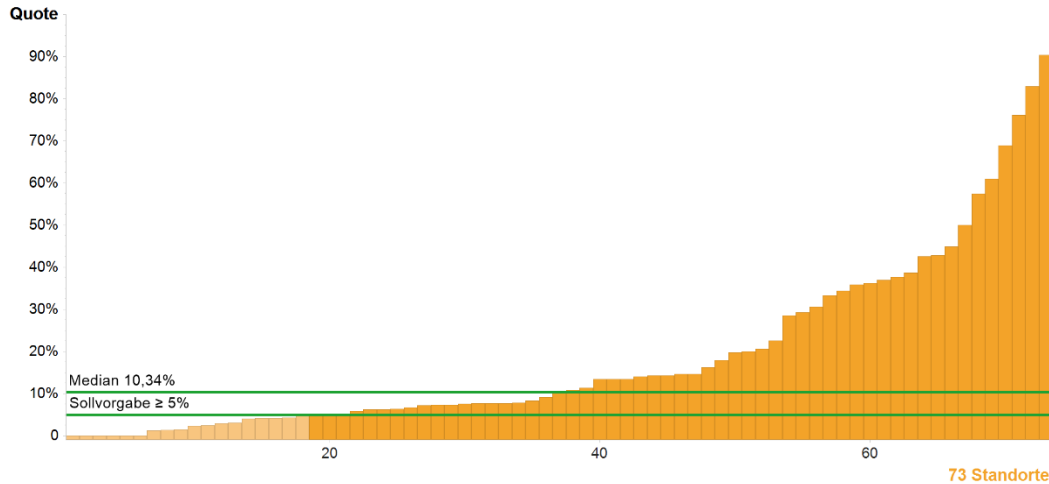
Die Kennzahl bewegt sich auf gesamter Spannweite auf dem Niveau der Vorjahre. Median u. Gesamtquote sind leicht angestiegen. 17 Zentren liegen außerhalb des Plausibilitätskorridors, davon 6 im Ausland mit anderen Zuständigkeiten u. Leistungsansprüchen. Die Zentren mit Quoten <50% haben auf kurze Verweildauer u. fehlende Inanspruchnahme durch die Pat. verwiesen. Die Fachexperten haben in den Audits darauf hingewiesen, dass eine Betreuung durch das Casemanagement nicht eine Beratung durch den Sozialdienst ersetzt.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

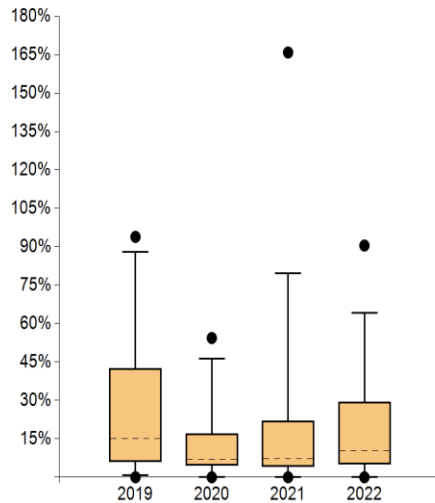
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

5. Anteil Studienpat.



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	5*	0 - 96	860
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	53*	20 - 167	4359
Quote	Sollvorgabe \geq 5%	10,34%	0,00% - 90,48%	19,73%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	93,86%	54,36%	165,85%	90,48%
95. Perzentil	88,07%	46,18%	79,62%	64,19%
75. Perzentil	42,44%	16,90%	22,03%	29,27%
Median	15,13%	6,95%	7,30%	10,34%
25. Perzentil	6,10%	4,66%	4,05%	5,00%
5. Perzentil	0,81%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	55	75,34%

Anmerkungen:
Bei angestiegenem Median liegt die Studienquote insgesamt, wie im Vorjahr, bei ca. 20%.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

Was ist der individuelle Jahresbericht?

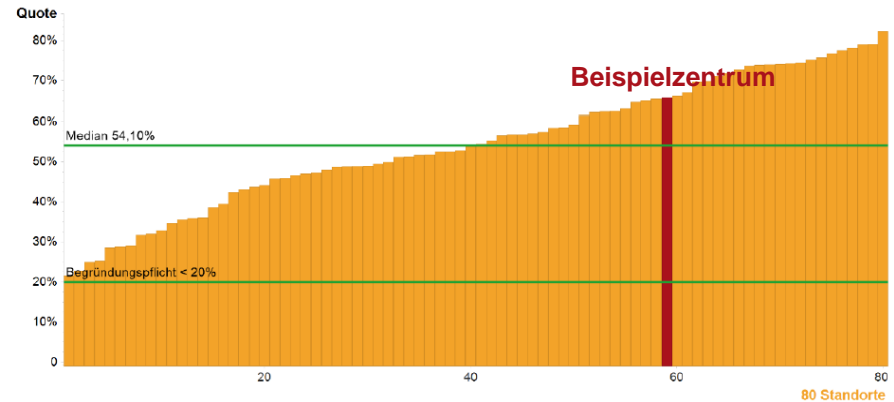
Im individuellen Jahresbericht werden die standortspezifischen Zentrumsdaten abgebildet und in Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren im jeweiligen Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft gesetzt. Darüber hinaus wird die individuelle Entwicklung des Zentrums über den Verlauf der Zeit dargestellt.

Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkozert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf www.onkozert.de) sowie die Abbildung des eigenen Zentrums im allgemeinen Jahresbericht (beispielweise sind Zentren mit Erstzertifizierung im Auditjahr nicht abgebildet).

Bei mehrstandortigen Zentren wird jeder Standort in einem eigenständigen individuellen Jahresbericht abgebildet. Für Onkologische Zentren ist aktuell nur der allgemeine Jahresbericht verfügbar.



Beispielzentrum (roter Balken) im Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren

	Kennzahldefinition	Beispielzentrum				
		2018	2019	2020	2021	2022
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	219	263	220	240	237
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv (Lokal, regionale LK-Metastasen) und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	321	362	331	355	360
Quote	Begründungspflicht* <20%	68,22%	72,65%	66,47%	67,61%	65,83%

Individuelle Entwicklung des Beispielzentrums im Zeitverlauf

**Auszug aus einem individuellen Jahresbericht
(Kennzahl Beratung Sozialdienst)**

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Wie kann man den individuellen Jahresbericht erhalten?

Der individuelle Jahresbericht wird elektronisch als PowerPoint-Datei auf der Plattform [Data-WhiteBox](#) zum Download bereitgestellt.

Der Zugang zu einem individuellen Jahresbericht unterscheidet sich je nach Zertifizierungssystem:

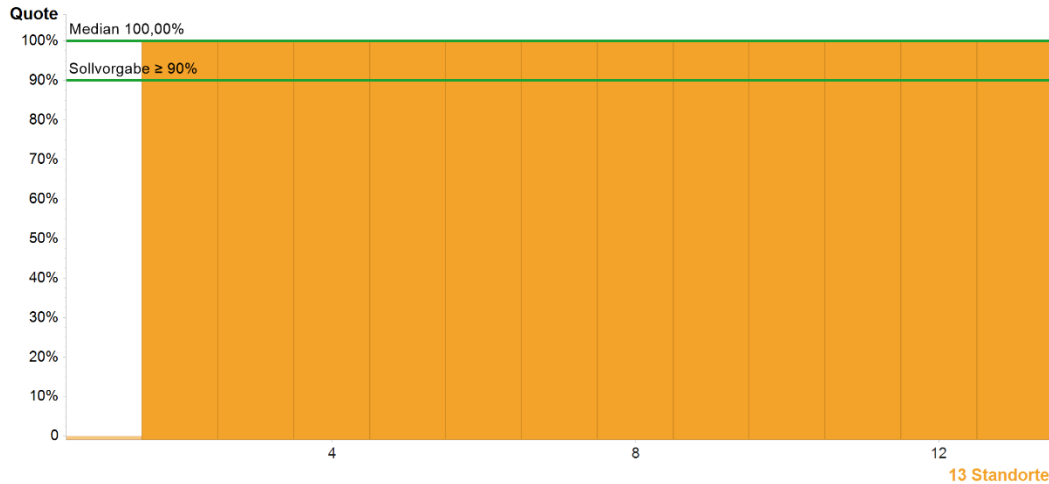
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- Auf Beschluss der jeweiligen Zertifizierungskommission wird der individuelle Jahresbericht für alle Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren bereitgestellt.
- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die Verfügbarkeit des jeweiligen individuellen Jahresberichtes informiert.
- Die Zugangsdaten zum Abruf des individuellen Jahresberichtes liegen der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination vor (einmalige Zusendung der Zugangsdaten).

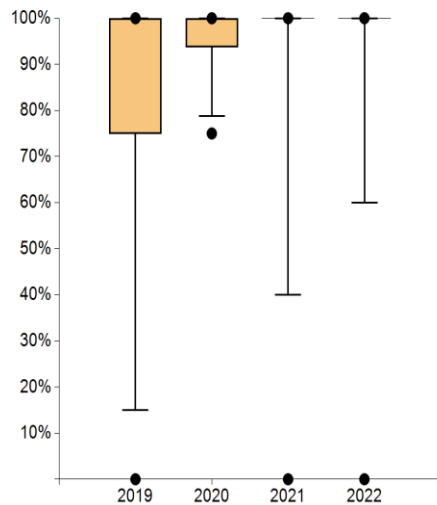
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die grundsätzliche Verfügbarkeit der individuellen Jahresberichte informiert. Ab diesem Zeitpunkt kann ein individueller Jahresbericht optional kostenpflichtig bestellt werden.
- Das „Bestellformular Individueller Jahresbericht“ ist auf www.onkozert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich. Eine Bestellung ist nur durch Personen möglich, die bei OnkoZert als Ansprechpartner (z.B. Zentrumsleitung, Zentrumskoordination, QMB, etc.) registriert sind.
- Die Kosten für die jeweiligen individuellen Jahresberichte sind auf dem Formular aufgeführt.
- Die Erstelldauer beträgt nach Bestelleingang ca. 3 Wochen.

6. Biopsie vor ablativer Therapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Diagnosesicherung durch Stanzzylinderbiopsie vor ablativer Therapie	1*	0 - 6	24
Nenner	Primärfälle mit ablativer Therapie (RFA o. Kryoablation)	1*	1 - 6	25
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%	96,00%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	75,00%	93,75%	100%	100%
5. Perzentil	15,00%	78,75%	40,00%	60,00%
● Min	0,00%	75,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
13	17,81%	12	92,31%

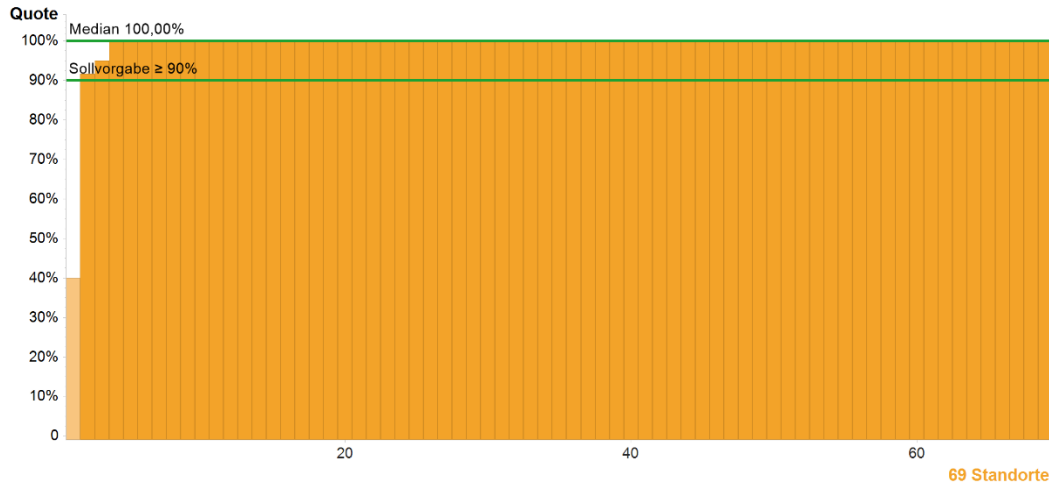
Anmerkungen:

Nachdem im Kennzahlenjahr 2023 die Zahl der Zentren, in denen eine ablative Therapie durchgeführt wurde, von 4 auf 17 Zentren deutlich angestiegen war, sind 2022 nur in 13 Zentren Ablationen erfolgt. Insgesamt wurden über alle Zentren hinweg 25 ablative Therapien durchgeführt (Vorjahr 35). In einem Zentrum erfolgte bei einem Einzelfall die histologische Sicherung nicht vor Intervention, sondern erst im Rahmen der Punktion zur RFA.

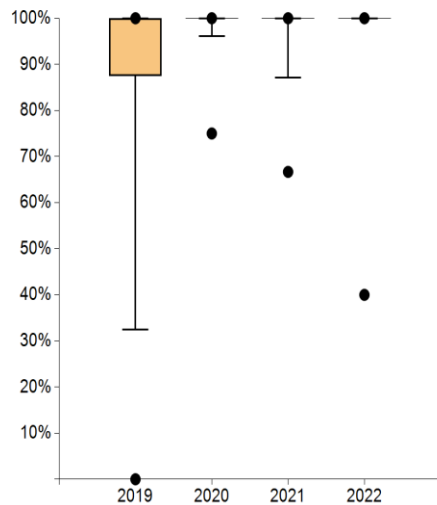
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

7. Histologie vor systemischer Therapie (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Histologie vor systemischer Therapie	3*	1 - 21	319
Nenner	Zentrumsfälle mit ausschließlicher systemischer Therapie	3*	1 - 21	327
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	40,00% - 100%	97,55%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	87,50%	100%	100%	100%
5. Perzentil	32,50%	96,06%	87,05%	100%
● Min	0,00%	75,00%	66,67%	40,00%

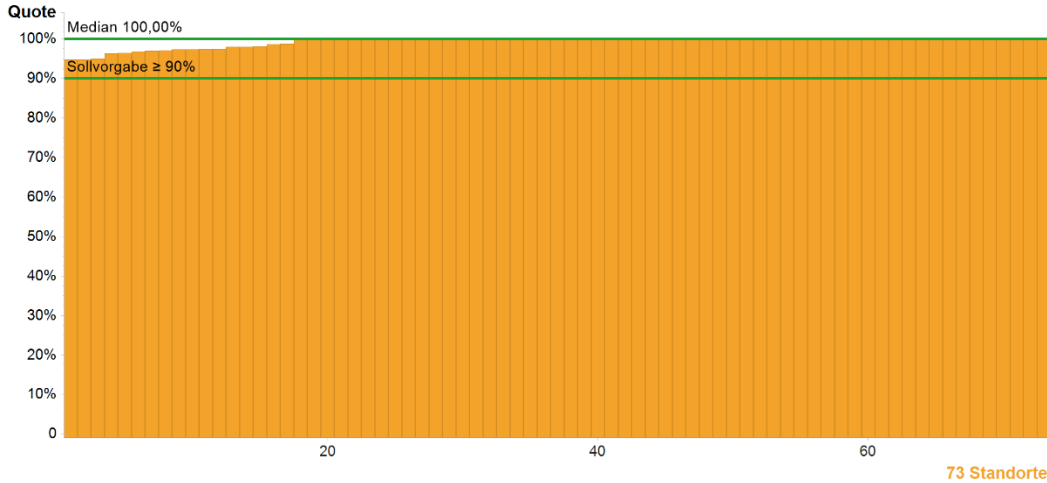
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
69	94,52%	68	98,55%

Anmerkungen:

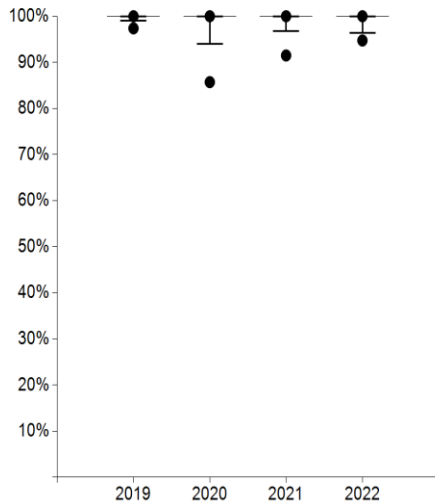
Der LL-QI wird durch die Zentren sehr gut umgesetzt. In 66 von 69 Zentren erfolgt bei 100% der Pat. mit ausschließlicher Systemtherapie eine histologische Sicherung vor Behandlungsbeginn. Im Zentrum mit einer Quote von 40% wurden insbesondere beim Auftreten von zweiten Lokalrezidiven, Frührezidiven oder rezidiv. Lungenfiliae histologische Sicherungen unterlassen.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

8. Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angabe von: - Klassifikation nach WHO u. - Staging nach TNM	47*	18 - 156	3927
Nenner	Operative Primärfälle	47*	19 - 156	3949
Quote	Sollvorgabe \geq 90%	100%	94,74% - 100%	99,44%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	99,08%	93,94%	96,78%	96,38%
● Min	97,37%	85,71%	91,49%	94,74%

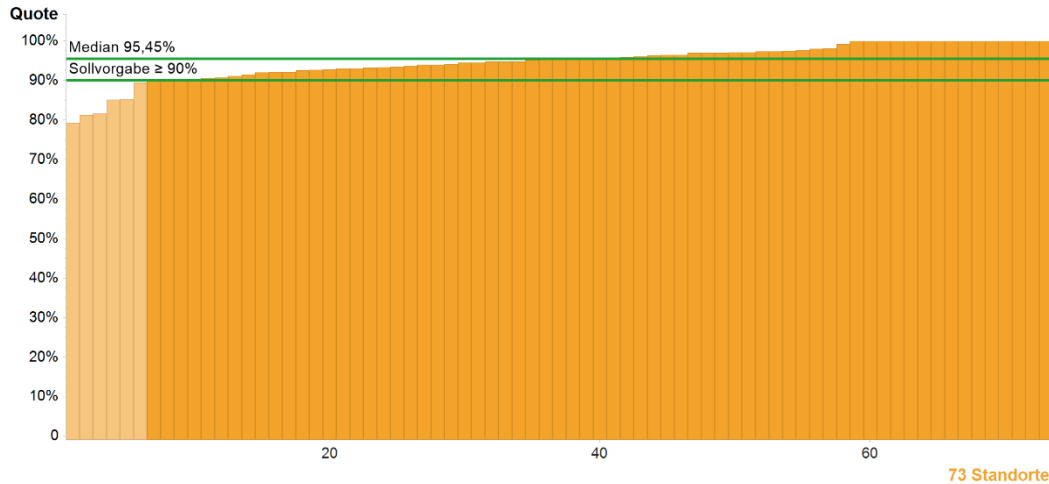
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	73	100,00%

Anmerkungen:

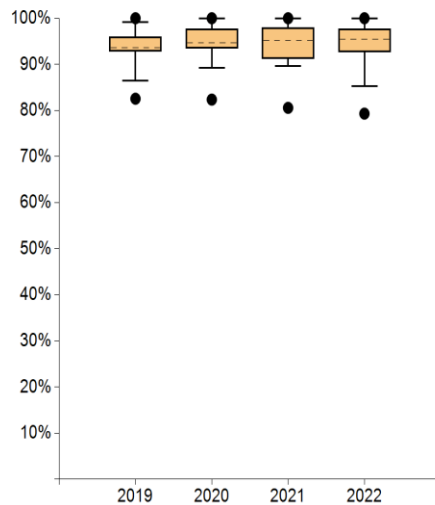
Mit Ausnahme weniger Einzelfälle enthalte alle Befundberichte der operativen Primärfälle die geforderten WHO- und TNM-Klassifikationen. In 56 Zentren (Vorjahr 53) sind ausnahmslos alle Berichte vollständig.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

9. R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0-Resektion	45*	17 - 149	3749
Nenner	Operative Primärfälle	47*	19 - 156	3949
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	95,45%	79,31% - 100%	94,94%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,08%	100%	100%	100%
75. Perzentil	95,98%	97,71%	97,93%	97,65%
Median	93,63%	94,67%	95,18%	95,45%
25. Perzentil	92,86%	93,40%	91,15%	92,73%
5. Perzentil	86,51%	89,28%	89,68%	85,25%
● Min	82,54%	82,35%	80,56%	79,31%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	67	91,78%

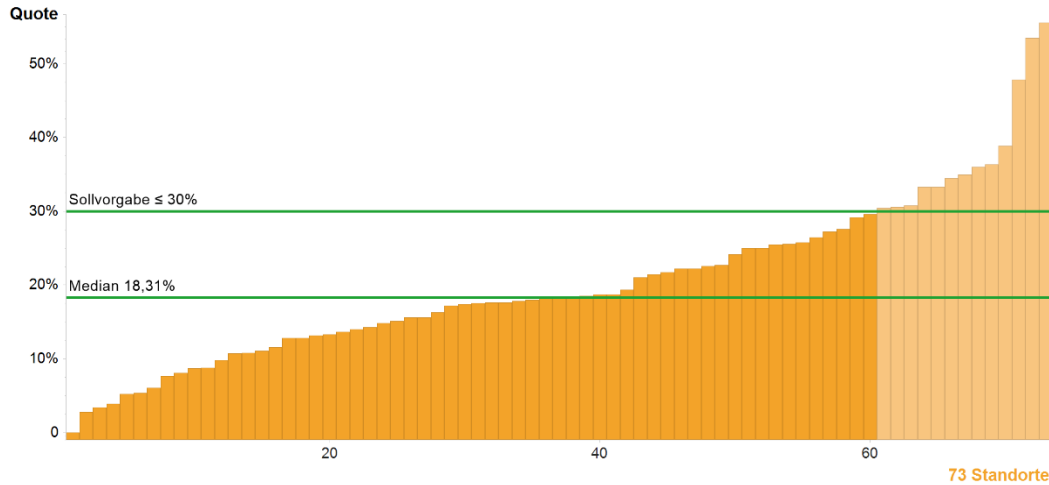
Anmerkungen:

Die R0-Resektionsrate bewegt sich auf Vorjahres-niveau. Median und Gesamtquote sind sehr diskret angestiegen. Dennoch ist der Anteil der Standorte mit Erfüllen der Sollvorgabe von 93,6% auf 91,8% leicht zurückgegangen. Die Zentren mit Quoten <90% begründeten dies v.a. mit fehlender Beurteilungsmöglichkeit bei fragmentierten Tumoren (Tumorzapfen in V. cava, zerfallende Karzinome, Aufbrechen des Gewebes beim Bergen), Diskrepanz von Schnellschnitt und definitivem Befund, aber auch organerhaltenden Operationen.

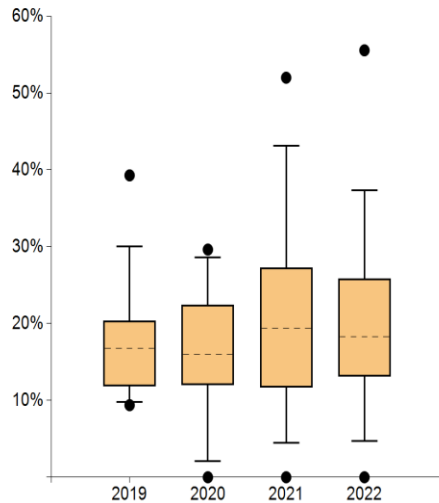
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

10. Nephrektomie bei pT1 (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Nephrektomie	7*	0 - 24	537
Nenner	Operative Primärfälle pT1	34*	11 - 116	2824
Quote	Sollvorgabe ≤ 30%	18,31%	0,00% - 55,56%	19,02%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	39,29%	29,63%	52,00%	55,56%
95. Perzentil	30,00%	28,59%	43,15%	37,37%
75. Perzentil	20,35%	22,41%	27,27%	25,81%
Median	16,82%	15,96%	19,42%	18,31%
25. Perzentil	11,89%	12,05%	11,69%	13,16%
5. Perzentil	9,78%	2,06%	4,46%	4,72%
● Min	9,38%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	60	82,19%

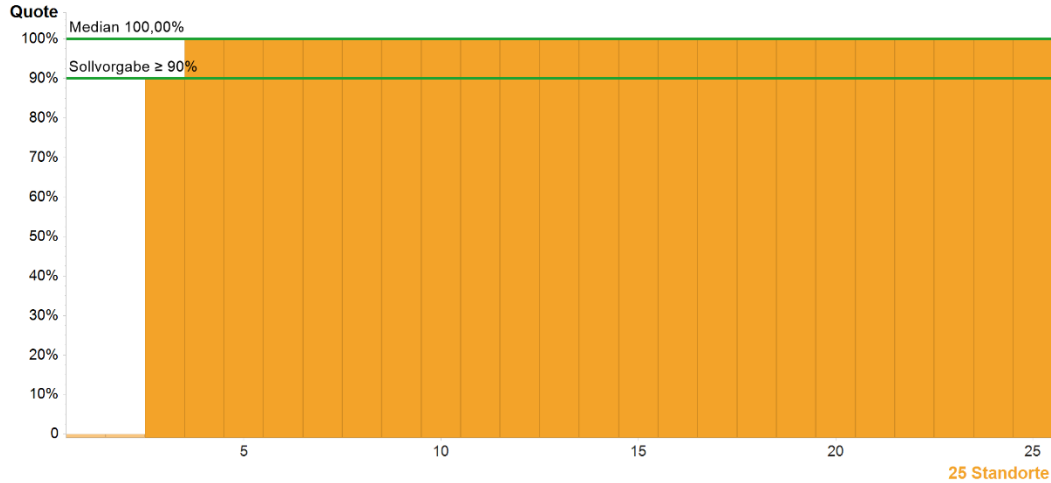
Anmerkungen:

Bei leicht gesunkenem Median ist die Gesamtquote an Nephrektomien (bei pT1) von 18,6% auf 19,0% diskret angestiegen. Auch der Anteil der Zentren mit Nephrektomieraten >30% hat von 15,5% auf 17,8% zugenommen. Die Zentren mit Raten >30% begründeten die Entscheidungen gegen einen Organerhalt mit zentralem Tumorsitz, komplexen anatomischen Verhältnissen (Hufeisennieren, atypische Gefäßversorgung), funktionslosen, tumortragenden Organen (u.a. Sacknieren etc.) und Nachresektionen bei R1.

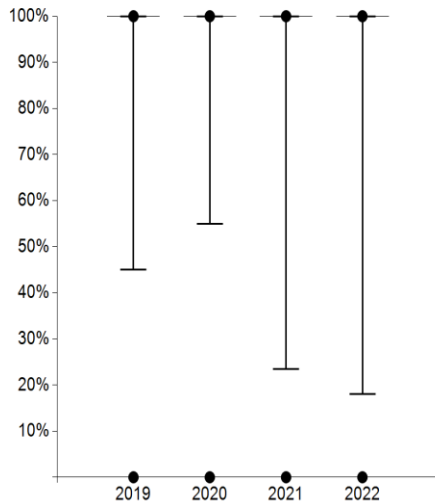
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

11. Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat-/ Denosumab-Therapie (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Zentrumspat. des Nenners mit Empfehlung einer zahnärztlichen Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	2*	0 - 23	82
Nenner	Zentrumspat. mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	2*	1 - 23	85
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%	96,47%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	45,00%	55,00%	23,44%	18,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

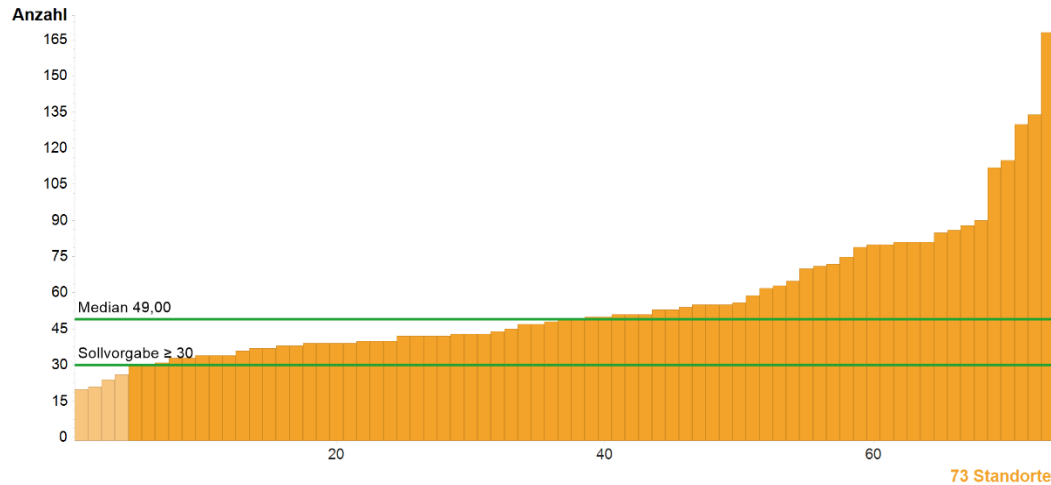
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
25	34,25%	23	92,00%

Anmerkungen:

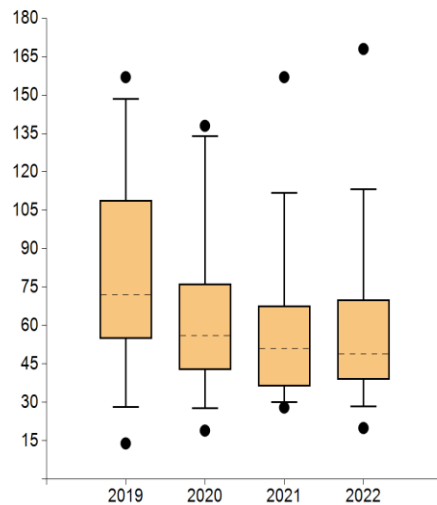
In gut einem Drittel der Zentren (n= 25, Vorjahr 26) haben Pat. eine osteoprotektive Therapie mit Bisphosphonat o. Denosumab erhalten. Der Anteil an Pat. mit Empfehlung einer zahnärztlichen Untersuchung ist von 92,3% auf 96,5% leicht angestiegen. Die beiden Zentren mit Quoten von 0% behandelten jeweils nur einen Einzelfall mit den o.g. Substanzen; in einem Zentrum wurde die Behandlung aufgrund von stabilitätsgefährdeten Osteolysen ohne Möglichkeit einer Radiatio notfallmäßig initiiert, im anderen Zentrum war auf Basis der vorliegenden Dokumentation nicht nachvollziehbar, ob die geforderte Empfehlung erging.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

12. Operative Expertise



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Expertise - Anzahl Nierenteilresektionen/ Nephrektomien (OPS: 5-553 u. 5-554 bei ICD-10 C64)	49	20 - 168	4099
	Sollvorgabe ≥ 30			



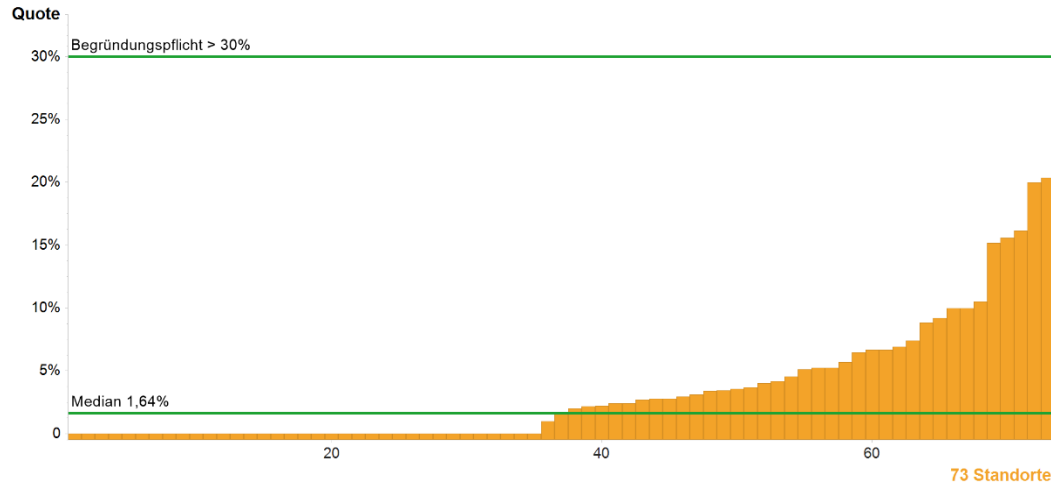
	2019	2020	2021	2022
● Max	157,00	138,00	157,00	168,00
95. Perzentil	148,55	133,85	111,90	113,20
75. Perzentil	109,00	76,25	67,75	70,00
Median	72,00	56,00	51,00	49,00
25. Perzentil	54,75	42,75	36,25	39,00
5. Perzentil	28,30	27,80	30,10	28,40
● Min	14,00	19,00	28,00	20,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	69	94,52%

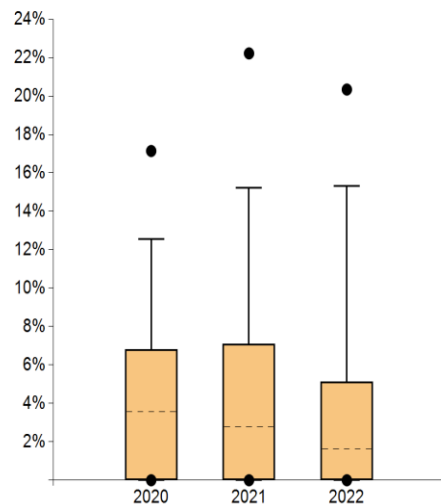
Anmerkungen:

Die Zahl der Nierenteilresektionen/ Nephrektomien ist um 484 auf 4.099 angestiegen (+13,4%). Die Spannweite der in den Zentren durchgeführten Eingriffe ist im Vergleich zum Vorjahr größer. 4 Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 30 Resektionen/ Nephrektomien unterschritten und v.a. auf einen Corona-bedingten Rückgang der Zentrumsfälle verwiesen; 3 dieser Zentren haben im Audit für 2023 wieder ansteigende OP-Zahlen vorweisen können.

13. Postoperative Komplikationen nach Nierenteilresektion



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikation Clavien-Dindo Grad III oder IV innerhalb der ersten 90d nach Nierenteilresektion	1*	0 - 12	94
Nenner	Operative Primärfälle mit Nierenteilresektion	31*	7 - 101	2502
Quote	Begründungspflicht*** >30%	1,64%	0,00% - 20,34%	3,76%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	17,14%	22,22%	20,34%
95. Perzentil	-----	12,56%	15,21%	15,31%
75. Perzentil	-----	6,82%	7,08%	5,13%
Median	-----	3,57%	2,78%	1,64%
25. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
73	100,00%	73	100,00%

Anmerkungen:

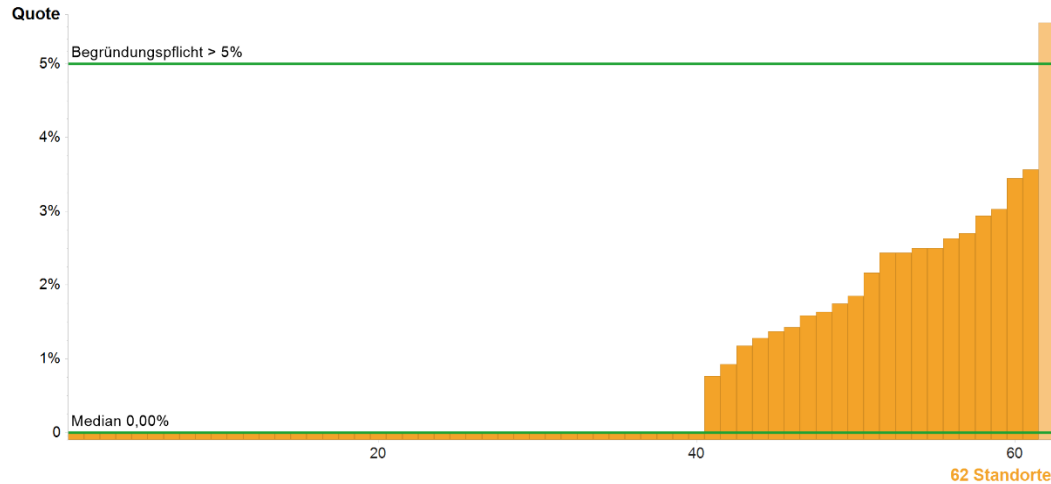
Die Komplikationsrate nach Nierenteilresektion hat sich weiter positiv entwickelt: Sowohl Median als auch Gesamtquote sind im Vergleich zum Vorjahr um 1,1 bzw. 0,7 Prozentpunkte gesunken. Alle Zentren liegen im Plausibilitätskorridor von $\leq 30\%$. In 35 Zentren (Vorjahr 24) traten nach Nierenteilresektion keine Komplikationen auf (= 47,9% der Zentren) und in 91,8% der Zentren lag die Komplikationsrate bei $\leq 10\%$.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

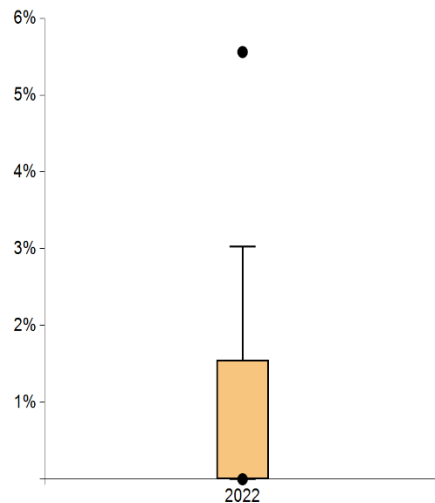
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

14. Postoperative Mortalität



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 90d verstorben sind	0*	0 - 2	27
Nenner	Operative Primärfälle mit partieller Nierenresektion/ Nephrektomie	45,5*	21 - 130	3206
Quote	Begründungspflicht*** >5%	0,00%	0,00% - 5,56%	0,84%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	----	5,56%
95. Perzentil	----	----	----	3,03%
75. Perzentil	----	----	----	1,55%
Median	----	----	----	0,00%
25. Perzentil	----	----	----	0,00%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
62	84,93%	61	98,39%

Anmerkungen:

Die postoperative Mortalität ist im Auditjahr 2023 erstmals und auf freiwilliger Basis erfasst worden. Auf der Grundlage der Ergebnisse aus 62 Zentren liegt die Mortalitätsrate bei 0,84%. In 40 Zentren ist nach partieller Nierenresektion/ Nephrektomie innerhalb von 90d postOP kein Pat. verstorben. In dem Zentrum mit einer Mortalitätsrate von 5,6% sind die Pat. an einer pulmonalen Metastasierung verstorben.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren / Nierenkrebszentren
Martin Burchardt, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Jan Fichtner, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Verena Jörg, OnkoZert
Daniela Miller, OnkoZert
Florina Dudu, OnkoZert

Impressum

Herausgeber und inhaltlich verantwortlich:
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Tel: +49 (030) 322 93 29 0
Vereinsregister Amtsgericht Charlottenburg,
Vereinsregister-Nr.: VR 27661 B
V.i.S.d.P.: Dr. Johannes Bruns

in Zusammenarbeit mit:
OnkoZert, Neu-Ulm
www.onkozert.de

Version e-A1-de; Stand 25.06.2024

ISBN: 978-3-910336-46-9



9 783910 336469